

ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ ОТМЕНЕ ТАЛОНОВ НА ПИТАНИЕ

(Несоблюдение правила для
трудоспособных совершеннолетних
без иждивенцев (ABAWDs))

ОКРУГ

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

(ADDRESSEE)

Дата извещения : _____
Название дела : _____
Номер Работник : _____
Имя : _____
Номер : _____
Телефон : _____
Адрес : _____

Вопросы? Обратитесь к работнику.

Служение дела администрацией штата: Если вы считаете, что это действие неправильно, вы можете попросить о слушании вашего дела администрацией штата. На обратной стороне этой страницы объясняется, как это сделать. Ваше пособие не изменится, если вы попросите о слушании до того, как это действие будет осуществлено.

_____, начиная с _____, (ИМЯ) (ДАТА)

ваши талоны на питание будут остановлены, т.к. вы получили талоны на питание за

_____, (МЕСЯЦ/ГОД) _____, (МЕСЯЦ/ГОД) _____, и _____, (МЕСЯЦ/ГОД)

не соблюдая правило работы для ABAWD.

Сумма получаемых вами талонов на питание изменится с \$ _____ на \$ _____.

ЕСЛИ ВЫ ЛИШИТЕСЬ ТАЛОНОВ НА ПИТАНИЕ, ВЫ СМОЖЕТЕ ВЕРНУТЬ ИХ, ЕСЛИ:

до _____, вы (ДАТА)

- Предъявите подтверждение, что вы выполняете следующие правила работы ABAWD:
 - Как минимум, 20 часов в неделю вы должны:
 - Работать, или
 - Посещать школу или обучение, или
 - Комбинировать школу, обучение и работу, или
 - В течение кол-ва часов, определенных округом работать в обмен на льготы (workfare).
- У вас есть одно из указанных ниже освобождений от правил работы:
- Временная причина (как например, болезнь, уход за больным членом семьи, непредвиденные обстоятельства дома, отсутствие транспорта, проблемы говорить, читать или писать по английски).
- Вы можете в любое время запросить льготы, если вас освободят от правила работы или после _____ числа, когда истечет ваш 36-месячный период. (DATE)

ДЛЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ ПРАВИЛ РАБОТЫ ВЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ:

- Моложе 18 лет или в возрасте 50 лет или старше;
- Физически или умственно непригодны для работы;
- Соответствовать правилам CalWORKs Welfare-to-Work;
- Ухаживать за травмированным или больным человеком, которому нужна помощь дольше, чем 30 дней;
- Участвовать в программе лечения от алкоголизма или наркомании, которая удерживает вас от работы более, чем 30 часов в неделю;
- Получать или запросить льготы страховки по безработице;
- Иметь свой бизнес или работать как минимум 30 часов в неделю или получать заработка в неделю как минимум равный минимум оплаты, установленному Федерацией, умноженному на 30 часов;
- Посещать школу как минимум, неполный учебный день;

- Беременны; или
- Проживать в семейной группе, получающей талоны на питание и в которой есть несовершеннолетний ребенок, даже если ребенок не имеет право на получение талонов на питание.

ВЫ НЕ УТРАТИТЕ ТАЛОНЫ НА ПИТАНИЕ, ЕСЛИ ВЫ

до _____, вы (ДАТА)

- Подтвердите устно или письменно, что вы выполняете правила работы ABAWD.
- Освобождены (см. перечень "ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ ПРАВИЛ РАБОТЫ").
- Имеете уважительную причину (т.е. временное заболевание, уход за больным членом семейной группы, непредвиденные обстоятельства дома, отсутствие транспорта, проблемы говорить, читать или писать по английски) для невыполнения правил работы.
- Начнете выполнять правило, которое вы не выполняли (см. правило работы выше или позвоните работнику, ведущему ваше дело).

36-МЕСЯЧНЫЙ ПЕРИОД

- Если вы не выполняете правило работы ABAWD, то в течение периода в 36 месяцев вы можете получать талоны на питание только 3 месяца.
- Вы можете получить талоны на питание не выполняя правила работы ABAWD еще три месяца, если вы будете соответствовать определенным условиям.

КАК ВЕРНУТЬ ТАЛОНЫ НА ПИТАНИЕ

- Вы можете вернуть талоны на питание, если вы будете соответствовать одному из правил работы ABAWD указанных выше в течение периода в 30 дней.
- Вы можете запросить талоны на питание в любое время, если вас освободят от правил работы или после _____, когда закончится ваш 36-месячный период. (DATE)

ПРАВИЛА: Применены следующие правила, с которыми вы можете ознакомиться в вашем отделе социального обеспечения: MPP Section 63-410; Другие _____.

ВАШИ ПРАВА НА СЛУШАНИЕ

Если вы не согласны с действием принятым округом, вы имеете право попросить о слушании вашего дела администрацией штата. У вас есть только 90 дней, чтобы попросить о слушании. 90 дней начались на следующий день после вручения или отправки вам этого извещения.

Если вы попросите о слушании до того как действие по программам Cash Aid (денежной помощи), Medi-Cal (Медицинской помощи), Food Stamps (Талонов на питание) или Child Care (Присмотр за детьми) вступит в действие:

- Ваша денежная помощь или медицинская помощь останется без изменения, пока вы ожидаете слушания.
- Ваши услуги по присмотру за детьми могут остаться без изменения, пока вы ожидаете слушания.
- Ваши талоны на питание останутся без изменения до слушания или окончания периода, на который одобряется помощь, смотря что наступит ранее.

Если слушание решит, что мы правы, вы будете должны нам любые переплаченные суммы по услугам программ Cash Aid, Food Stamps или Child Care. Для разрешения нам уменьшить или остановить ваши льготы до слушания, отметьте ниже: Да, уменьшите или остановите:

Cash Aid Food Stamps Child Care

Пока вы ожидаете решения слушания по программам:

Welfare to Work:

Вы не должны принимать участие в деятельности.

Вы можете получать платежи по программе присмотра за детьми во время работы и для деятельности утвержденной округом до этого извещения.

Если мы сказали, что платежи на другие вспомогательные услуги остановятся, вы не получите платежи даже, если вы станете участвовать в деятельности.

Если мы сказали, что вы получите платежи на другие вспомогательные услуги, то они будут выплачены в сумме и виде, указанном в извещении.

- Для получения этих вспомогательных услуг, вы обязаны участвовать в деятельности, указанной округом.
- Если сумма вспомогательных услуг, выплачиваемых округом, пока вы ожидаете решения недостаточна, чтобы позволить вам участвовать, вы можете прекратить посещать деятельность.

Cal-Learn:

- Вы не можете участвовать в программе Cal-Learn, если мы сказали, что не можем обслуживать вас.
- Мы будем оплачивать вспомогательные услуги программы Cal-Learn, только при посещении утвержденной округом деятельности.

ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Лица, получающие услуги от плана, который находится под руководством Medi-Cal: Действие этого извещения может остановить получаемые вами услуги от плана здравоохранения. Если у вас есть вопросы, вы можете обратиться в организацию, предоставляющую услуги по здравоохранению.

Медицинская поддержка и/или алименты на детей: Местное агентство по помощи детям бесплатно поможет вам взыскать алименты даже если вы не получаете денежную помощь. Если они взыскивают алименты для вас в настоящее время, они будут продолжать это делать, пока вы не попросите их, в письменном виде, прекратить взыскания. Они будут высылать вам взысканные алименты, но будут удерживать суммы, срок уплаты которых истек и которые представляют долг округа.

Планирование семьи: Отдел социального обеспечения даст вам информацию по вашей просьбе.

Дело для слушания: Если вы попросите о слушании, отдел слушаний штата заведет на вас дело. Вы имеете право видеть это дело до слушания и получить копию позиции округа по поводу вашего дела как минимум за два дня до слушания. Штат может дать ваше дело о слушании Департаменту Социального Обеспечения и департаментам Здравоохранения и Гуманитарной Помощи и Социальных Услуг Соединенных Штатов. (**W&I Code Sections 10850 и 10950.**)

ЧТОБЫ ПОПРОСИТЬ О СЛУШАНИИ:

- Заполните эту страницу.
- Сделайте копии с обеих сторон этого листа для своего архива.
По вашей просьбе, ваш работник сделает вам копии с этого листа.
- Отправьте или отнесите этот лист по адресу:

ИЛИ

- Позвоните по бесплатному номеру: 1-800-952-5253 или для лиц с нарушенным слухом или речью и пользующихся TDD, звоните бесплатно 1-800-952-8349.

Для получения помощи: Вы можете узнать о ваших правах о слушании или для направления на бесплатную юридическую помощь по бесплатному номеру телефона штата, указанному выше. Вы можете получить бесплатную юридическую помощь в местном отделе юридической помощи или в отделе защиты прав лиц, получающих социальную помощь.

Если вы не хотите идти на слушание сами, вы можете привести с собой друга или любое другое лицо.

ПРОСЬБА О СЛУШАНИИ

Я прошу слушание по поводу действия Департамента Социального Обеспечения округа _____ в отношении:

- денежной помощи талонов на питание
 Medi-Cal
 другого (перечислите) _____

Причина: _____

Если вам нужно больше места, отметьте этот квадрат и добавьте еще лист.

Я прошу штат предоставить мне бесплатного переводчика. (Родственник или друг не может переводить вам на слушании)

Мой язык или диалект: _____

имя лица, которому было отказано в льготах или льготы были остановлены или изменены

ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

АДРЕС _____

ГОРОД _____ ШТАТ _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____

ПОДПИСЬ _____ ДАТА _____

Имя лица, заполнившего эту анкету _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

Я хочу, чтобы указанное ниже лицо представляло меня на слушании. Я разрешаю этому человеку видеть мое дело или прийти на слушание от моего имени. (Это лицо может быть вашим другом или родственником но не может переводить для вас.)

Имя _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА _____

АДРЕС _____

ГОРОД _____ ШТАТ _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС _____